

Travail fait dans le Service du Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

1083

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Gabriel KULIK

Né le 22 mars 1914, à Lodz (Pologne)

Présentée et soutenue publiquement le 24 octobre 1939

**Sur un cas
d'Encéphalite psychosique
azotémique**

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **KULIK.**

Prénom : **Gabriel.**

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

1

KULIK (Gabriel). — Sur un cas d'Encéphalite psychosique azotémique. — *Paris*, Jouve et C^{ie}, édit., 1939, in-8°, 28 p., 1 fig.

(*Th. méd. (Et.)*, *Paris*, 1939, N°.....).

2

KULIK (Gabriel). — Sur un cas d'Encéphalite psychosique azotémique. — *Paris*, Jouve et C^{ie}, édit., 1939, in-8°, 28 p., 1 fig.

(*Th. méd. (Et.)*, *Paris*, 1939, N°.....)

3

KULIK (Gabriel). — Sur un cas d'Encéphalite psychosique azotémique. — *Paris*, Jouve et C^{ie}, édit., 1939, in-8°, 28 p., 1 fig.

(*Th. méd. (Et.)*, *Paris*, 1939, N°.....)

4

KULIK (Gabriel). — Sur un cas d'Encéphalite psychosique azotémique. — *Paris*, Jouve et C^{ie}, édit., 1939, in-8°, 28 p., 1 fig.

(*Th. méd. (Et.)*, *Paris*, 1939, N°.....)

Travail fait dans le Service du Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PAR

Gabriel KULIK

Né le 22 mars 1914, à Lodz (Pologne)

Présentée et soutenue publiquement le 24 octobre 1939

**Sur un cas
d'Encéphalite psychosique
azotémique**

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

LE DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	N...
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	HARVIER.
	PASTEUR-VALLERY.
	RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRÉ.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LÉVY-VALENSI.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CADENAT.
Clinique chirurgicale	BROCQ.
	QUÉNU.
	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	N...
Clinique d'accouchements	N...
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÈNÈQUE.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	DOGNON.
Professeurs sans chaire	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne.) Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin.) Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROUET..... Pathologie médicale.
 BULLIARD.... Histologie.
 CACHERA..... Pathologie médicale.
 CORDIER..... Anatomie.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREGZ (H.)... Physique.
 DESOILLE..... Médecine légale.
 DIGONNET Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNCK -BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.

MM.

GALLIARD Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 HAGUENAU... Pathologie médicale.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOUQUIN.... Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHT Physiologie.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU..... Obstétrique.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique.

MM.

LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PIÉDELIÈVRE.. Médecine légale.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale
BRULÉ		GATELLIER...	
CHEVALLIER....		de GAUDART	
LAROCHE Guy....		d'ALLAINES	
MOREAU		MOULONGUET	
SÉZARY		MOÛRE	

MM.	
ÉCALLE.....	} Clinique obstétricale.
VIGNES.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Aux êtres que j'ai les plus chers au monde, je dédie ce modeste travail.

Qu'ils trouvent dans cet ouvrage un humble témoignage de mon amour filial et ma profonde reconnaissance.

A MES FRÈRES

Sincère hommage fraternel.

MEIS ET AMICIS

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital de la Pitié
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et guidé de ses précieux conseils.*

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

Hommage respectueux.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
ET DE REIMS

Sur un cas d'Encéphalite psychosique azotémique

INTRODUCTION

Dans le groupe des délires aigus, on peut isoler des cas qui ressortissent à un ensemble de lésions encéphaliques de caractère toxique, dont l'aboutissant réalise l'encéphalite psychosique aiguë azotémique :

Encéphalites, à cause du caractère toxique des lésions cérébrales.

Psychosiques, à forme de psychose de maladie mentale, afin de bien indiquer l'importance des troubles mentaux qui dominent le tableau clinique.

Aiguës, pour les différencier d'autres encéphalites psychosiques à évolution subaiguë ou chronique.

Azotémiques, en raison de la constance de la rétention azotée dans ces cas et des taux souvent considérables de l'urée sanguine.

Nous nous proposons de présenter ici un cas observé à l'Hôpital de la Pitié, dans le Service de notre Maître le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE, de la Faculté de Médecine de Paris, à qui nous en devons la communication et que nous tenons à remercier ici publiquement.

L'encéphalite psychosique aiguë azotémique.

L'encéphalite psychosique aiguë azotémique comprend trois modes d'apparition :

1° Elle peut être primitive, l'encéphalite psychosique aiguë primitive, idiopathique ou cryptogène. Elle survient chez des individus paraissant en bonne santé ;

2° Elle peut survenir au cours d'une psychopathie à évolution aiguë ou chronique ; c'est l'encéphalite psychosique aiguë survenant au cours d'un état psychopathique ;

3° Elle peut être secondaire ou accidentelle, c'est-à-dire, apparaître au cours ou au déclin de maladie déterminée. C'est l'encéphalite aiguë psychosique secondaire.

Nous indiquons ci-dessous le nombre de cas correspondants à chacun de ces modes d'apparition :

1° Encéphalites primitives.....	44
2° Encéphalites survenant au cours d'une psychopathie.....	19
3° Encéphalites secondaires.....	38
Total.....	<u>101</u>

Etude clinique des encéphalites psychosiques aiguës secondaires.

ETIOLOGIE.

La maladie est une affection de l'adulte : elle est rare avant 20 ans et après 50 ans.

L'importance du sexe est considérable ; on note $\frac{2}{3}$ de femmes pour $\frac{1}{3}$ d'hommes.

Il faut insister sur le fait que l'encéphalite psychosique aiguë peut se présenter comme une maladie saisonnière, une maladie des mois d'hiver et dont la fréquence paraît même varier avec la rigueur, la longueur et l'humidité de la saison froide.

La maladie n'apparaît pas comme contagieuse. Le terrain joue un rôle considérable. On constate très souvent des troubles mentaux antérieurs, crises d'excitation ou de dépression, accès délirants aigus, délire hallucinatoire curable, ayant d'habitude motivé l'internement. Certains ont présenté déjà une complication encéphalique lors d'une maladie infectieuse (typhoïde, scarlatine, grippe, infection puerpérale). La syphilis est notée assez rarement. Quant aux antécédents héréditaires ils sont souvent lourdement chargés. On a signalé l'alcoolisme paternel ou ma-

ternel, l'aliénation mentale de l'un ou plus rarement de deux parents.

DESCRIPTION CLINIQUE.

Les encéphalites psychosiques aiguës réalisent le tableau classique du délire aigu, bien connu surtout depuis la magistrale description de Calmeil.

Le polymorphisme des manifestations initiales de la maladie est très frappant. En effet, au début les diagnostics les plus divers sont portés, excitation, manie, confusion, délire polymorphe, bouffée délirante, syndrome hallucinatoire. Souvent, dès les premières heures, un symptôme fondamental est présent, c'est la confusion mentale, confusion avec agitation euphorique ou anxieuse, exprimant une atteinte globale et profonde du cerveau.

Le début des troubles peut être subit, sans prodromes appréciables. Bien plus fréquemment, une période prodromique plus ou moins longue précède les troubles graves ; depuis quelques jours ou semaines on trouve la malade changée, morose, déprimée. De plus, on constate déjà le fléchissement de l'état général avec amaigrissement, troubles digestifs, céphalées de siège et d'horaire variables.

Après cette période prodromique qui d'ailleurs peut manquer, des troubles plus aigus se manifestent : ce qui domine d'habitude, c'est l'excitation psychomotrice, turbulence, cris, intensité et fréquence des

impulsions ; des céphalées violentes orientent parfois le thème délirant ; on constate une anxiété énorme.

Ainsi dès le début et quelle que soit l'apparence clinique, un symptôme fondamental est présent qui va se préciser avec l'installation de la maladie, c'est la confusion mentale. De plus, dès le début, des symptômes généraux attirent l'attention ; la température est élevée (38° - 39°), le pouls rapide. On constate l'état saburral des voies digestives, la sécheresse de la langue et des gencives. Puis la période d'état survient. La confusion est devenue globale. L'agitation persiste sans interruption notable des jours entiers, soit que le malade marche sans arrêt dans la chambre où il a fallu l'isoler, soit le plus souvent qu'il se roule par terre, se frappe aux murs. Souvent ces sujets sont violents, frappant le personnel, frappant leurs parents, qu'ils ne reconnaissent plus. La perte des instincts élémentaires de conservation se manifeste encore par le refus d'aliments. La fièvre est constante à cette période, mais d'intensité variable. L'état saburral des voies digestives a augmenté, les lèvres, les dents, la langue sont complètement desséchées. Bientôt une véritable stomatite s'installe. La confusion est constante, l'insomnie est complète. Les réflexes sont exagérés, égaux ; les pupilles modérément dilatées, réagissent normalement à la lumière.

Après cette période d'état survient la période de rémission apparente. La confusion globale, l'agitation incohérente avec refus d'aliments, fièvre et insomnie

vont durer pendant quatre ou cinq jours, puis les malades paraissent plus calmes.

En réalité, les forces de résistance de l'organisme sont épuisées. Les malades paraissent plus lucides parce que plus calmes, ils portent plus d'attention aux questions. Et ce qui domine souvent, c'est un état d'obnubilation plus ou moins profond, une sorte d'abrutissement qu'on ne peut mieux comparer qu'à celui d'un commotionné grave qui commence à revenir à lui.

Cette période d'accalmie, qui dure de trois à cinq jours, aboutit progressivement à la période terminale que caractérise une somnolence entrecoupée de gémissements, l'exagération de la fonte musculaire malgré la reprise partielle ou suffisante de l'alimentation, enfin une déchéance de l'état général de plus en plus manifeste. Une diarrhée fétide remplace souvent la constipation du début. Sur ce terrain à résistance très affaiblie, des complications vont survenir. Ce sont des abcès superficiels ou profonds, la parotide suppurée unilatérale ou plus souvent bilatérale, dont le pronostic est des plus graves. A signaler également la possibilité de thromboses vasculaires (thrombose de l'aorte ou d'une iliaque avec paraplégie ou monoplégie crurale). L'état de torpeur est de plus en plus profond. On observe une hypotonie des membres contrastant avec une fréquente raideur de la nuque. La diminution, puis la disparition des réflexes est fréquente. Tachycardie, rythme de Cheyne-Stockès, hocquet et vomissements. Sueurs abondantes surtout

à la face, épaisses, collorantes, visqueuses. Un grive d'urée peut apparaître sur le visage quelques heures avant le décès. On constate la hausse terminale en clocher, de la température dans les dernières heures (40-42° au moment du décès).

L'évolution de l'encéphalite azotémique psychosique aiguë est donc, sauf quelques cas rares, fatalement mortelle.

FORMES CLINIQUES.

La forme avec confusion, accompagnée d'une agitation euphorique est la plus fréquente. On peut en outre distinguer les formes suivantes :

- forme stuporeuse,
- forme suraiguë,
- forme prolongée,
- forme hémorragique ;

dans cette forme au cours du délire aigu, parfois au moment où une certaine amélioration semble se dessiner, survient un coma rapide sans ictus à proprement parler, avec hausse brusque de la température ;

- formes non mortelles, très rares.

ETUDE BIOLOGIQUE.

L'encéphalite psychosique aiguë s'accompagne de profondes perturbations humorales.

Le sang. — La rétention uréique entre au rang des symptômes cardinaux de la maladie, c'est un symptôme constant et précoce.

Si les taux de l'azotémie sont variables, ils sont toujours notablement augmentés et peuvent à la période terminale atteindre 5 gr. et même plus. Plus rarement, dans les formes anormalement rapides, entraînant la mort entre le deuxième et quatrième jour après le début apparent de la maladie, l'azotémie terminale ne dépasse pas 2 ou 3 gr.

Dans la forme habituelle, la courbe de l'azotémie ne cesse de monter, en dépit de l'apparente amélioration clinique qui survient souvent à la fin de la première semaine. L'étude de l'azote résiduel montre une augmentation souvent considérable, dépassant 2 gr. ‰.

Le taux de la cholestérine du sang est normal.

Le dosage du sucre a donné des résultats peu importants.

Le chlore est très habituellement augmenté.

Le taux des albumines du sérum est assez variable ;

le rapport $\frac{\text{globuline}}{\text{sérine}}$ est diminué.

Les examens hématologiques montrent une certaine anémie (3.000.000 de globules rouges), une leucocytose (20-30.000 globules blancs) avec polynucléose ayant atteint dans quelques cas 88 %. Le taux de l'hémoglobine est souvent diminué et oscille entre 70 %.

Les cultures du sang pratiquées en divers milieux

aérobie et anaérobie furent négatives, sauf dans quelques cas très rares (il s'agissait alors d'un streptocoque hémolytique).

Le liquide céphalo-rachidien. — Il est le plus souvent normal. Les taux de l'urée du liquide céphalo-rachidien varient parallèlement à ceux du sang et sont inférieurs à ceux-ci.

Les urines. — L'oligurie paraît habituelle. L'examen bactériologique est le plus souvent négatif; le taux de l'urée est variable.

L'albuminurie est fréquente, mais le plus souvent peu importante : 0,15 à 0,50, elle peut cependant dépasser 1 gr. La glucosurie n'a jamais été notée.

TRAITEMENT.

Il faut d'abord assurer au malade les soins généraux suivants : alimentation suffisante, mais il faut compter avec la susceptibilité de l'estomac, et les vomissements immédiats sont très fréquents. Pour lutter contre la dénutrition et la déshydratation, il faut faire boire abondamment les malades ; il est souvent nécessaire d'avoir recours à la sonde alimentaire. On pourra procéder à un lavage d'estomac avant d'introduire le liquide nutritif.

De plus, un grand lavage d'intestin est indiqué dès les premiers jours.

Les bains quotidiens frais de demi-heure à une

heure de durée sont très favorables. Souvent, à leur suite, les malades restent plus calmes, ou même s'assoupissent pendant quelques heures.

L'hydratation des malades joue un rôle de premier ordre et les injections de sérum glucosé et physiologique (1 à 2 litres par jour) doivent être pratiquées dès le début d'une façon systématique. Ces injections ont le double avantage d'avoir un rôle à la fois alimentaire et anti-toxique. Les lavements froids ou purgatifs, les diurétiques, sont un excellent moyen de s'opposer à la toxémie.

Parmi les hypnotiques, l'extrait d'opium, la morphine, nous ont parus les moins dangereux.

L'usage des tonicardiaques est indiqué : digitaline, huile camphrée, spartéine.

Enfin, la médication anti-infectieuse sera entreprise aussi précocement que possible. On va employer le salicylate de soude par voie intraveineuse, il faut noter que l'administration est difficile en raison de l'agitation. L'urotropine et la septicémine présentent l'avantage de pouvoir être données en injections sous-cutanées.

Mais la multiplicité des traitements montre suffisamment qu'aucun ne paraît avoir une action indiscutable.

OBSERVATION

faite à l'hôpital de la Pitié
dans le Service du Professeur LAIGNEL-LAVASTINE.

La malade, Mlle Marcelle B..., âgée de 24 ans, entre dans le service le 17 janvier 1938 pour des troubles mentaux.

Etant la maîtresse du M. A. B. boxeur, dans l'affaire duquel elle avait placé 40.000 fr., celui-ci dépensa cette somme et accusa son amie de lui avoir volé 4.000 fr. Après cette accusation, elle fut conduite à la Rochelle. Pris d'abord l'affaire en plaisantant, en se disant : je suis innocente, les amis vont arranger cette affaire. Elle donna ordre à son avocat de s'adresser à M. X..., qui refusa énergiquement de s'occuper de cela. Lorsque son avocat lui annonça cette nouvelle, elle prit un air effaré, poussa un cri de désespoir et tomba sans connaissance.

Elle fut alors transférée à la prison de Fresnes, où son innocence ayant été reconnue, on permit de l'accompagner à la Pitié.

A son entrée à l'hôpital, la malade présente un état infectieux : cyanose de visage, les yeux cernés, la langue saburrale, la température est à 40°, le pouls accéléré, tachycardie à 160. Elle est plongée dans un

état de stupeur profonde, elle ne remue pas, ne fait aucun mouvement, ne répond pas aux questions, ne donne pas l'impression qu'elle comprend ; son regard est mat, sans expression ; elle refuse toute alimentation.

Sa mère déclare, que depuis un certain temps, la malade absorbait de la cocaïne ; la quantité ne peut être précisée.

La personne qui l'accompagne déclare, que la malade a présenté au début de l'affection une infection intestinale, d'abord avec constipation opiniâtre, puis une débacle diarrhéique très fétide, ayant duré 2 ou 3 jours.

L'examen général de la malade reste complètement négatif.

A l'examen des poumons on trouve à l'auscultation quelques râles crépitants à la partie moyenne du poumon gauche.

L'examen neurologique montre :

- l'abolition des réflexes rotuliens,
- réflexes achilléens faibles,
- pas de Babinski,
- raideur de la nuque,
- instabilité vaso-motrice.

Etat mental antérieur : on constate des troubles du caractère ; courses en taxi sans payer. Rappelons que la malade était cocaïnomane.

Examen hématologique (fait le 19 janvier), montre :

Globules rouges.....	4-000.000
Globules blancs.....	17,600
Hématies.....	80 %
Polynucléaires neutrophiles ...	86 %
— éosinophiles....	0
— basophiles.....	0
Lymphocytes.....	0
Moyens mononucléaires.....	11
Grands —.....	3
Urée sanguine	0 gr. 95
L'hémoculture est négative.	

Examen des urines :

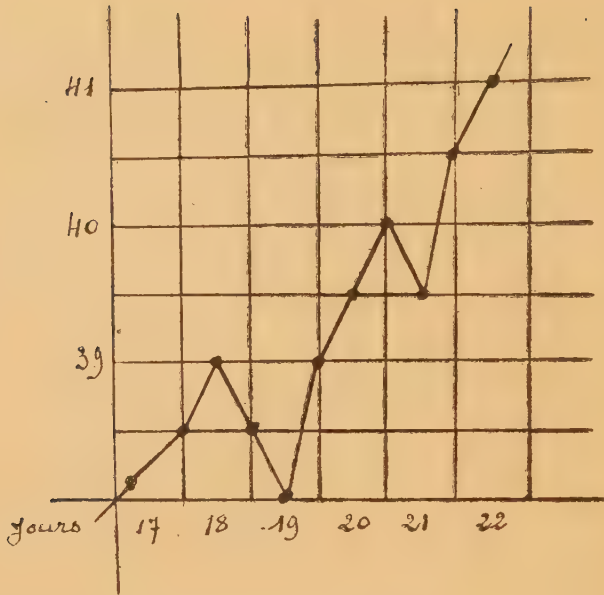
Albumine.....	0
Sucre	0

Evolution de la maladie.

Dans les jours suivants l'état de la malade s'est aggravé de plus en plus malgré un traitement intensif (salicylate de soude intra-veineux, septoplax, oua-baine, spartéine, solucamphre, carbogène).

La malade est plongée dans un état de stupeur et de confusion profonde ; elle ne réagit pas à l'alimentation à la sonde. La température augmente et atteint 41° le 22 janvier, en même temps que le taux de l'urée sanguine monte à 1 gr. 45.

Voici la courbe thermique du 17 au 22 janvier :



La malade est morte le 22 janvier.

L'autopsie faite le 23 janvier donne le résultat suivant :

Poids des organes :

Cerveau	1 kg. 200
Foie	1 kg. 010
Rein D.....	105 gr.
Rein G.....	107 gr.
Rate	97 gr.
Surrénale D.....	17 gr.
Surrénale G.....	16 gr.
Ovaire	7 gr.
Hypophyse.....	0 gr. 70

Examen des organes :

Reins. — Petit grossissement : on remarque quel-

ques placards de sclérose, quelques placards inflammatoires surtout dans la médullaire.

Moyen grossissement : placards constitués par de la congestion entre les tubes, dont les cellules sont par endroits plus ou moins désintégrées. Par place la congestion est si marquée, que l'air de la congestion est moins étendu que l'air des tubes.

Dans son ensemble la corticale est normale, un peu congestive. Les glomérules de Malpighi sont épaissis et perméables. La capsule est normale.

Surrénales. — Dans son ensemble la surrénale apparaît normale. Dans la substance corticale on voit des décolorations de la glomérulaire et de la fasciculée.

Moyen grossissement : la glomérulaire paraît très réduite et dans la fasciculée prédominent les cellules à protoplasma plein avec diminution des enclaves lipoïdiques.*

La réticulée paraît normale. La médullaire paraît normale sous faible grossissement.

Plus fort grossissement : on voit des vaisseaux distendus par des liquides, où les hématies sont réduites et qui forment comme des plaques.

Le foie. — Foie normal sans sclérose ni congestion ni dégénérescence graisseuse.

Fort grossissement : on met en évidence aucune lésion appréciable.

La rate. — Faible grossissement : vaisseaux splé-

niques très épaissis, le parenchyme est pauvre en corpuscules de Malpighi.

Plus fort grossissement : ceux corpuscules paraissent normaux dans leur ensemble.

Pancréas. — Faible grossissement : normal, dans son ensemble, relativement peu d'îlots de Langerhaus, sans dégénérescence graisseuse. Les parois vasculaires sont épaissies comme dans la rate.

Plus fort grossissement : îlots de Langerhaus normaux.

Corps thyroïde. — Aspect normal dans son ensemble. Les vésicules sont aplatis et remplis de colloïdes acidophiles. Cependant dans un ou deux points de la préparation, les espaces interfolliculaires sont occupés par de petites nodules à cellules rondes, dont le noyau est fortement coloré. Dans certains points, les vésicules de colloïdes présentent dans leur lumière des presqu'îles se continuant avec la paroi. Dans certains points ces presqu'îles se rejoignent, fragmentent les vésicules. A leur voisinage acinis à cellules cubiques, à lumière libre, et dans une région de la préparation on peut trouver le point transitoire. Depuis la colloïde normale les acinis à lumière libre en passant par les vésicules à presqu'îles épithéliales qui les fragmentent.

Hypophyse. — Petit grossissement : lobule glandulaire normale dans son ensemble, avec prédominance de cellules éosinophiles. Celles-ci surtout abondantes

dans la corticalité, forment du côté nerveux des plages massives. Au contraire la partie antérieure très congestionnée est riche en cellules chromophobes. La pars intermedia est très congestionnée ainsi que le lobe nerveux. Un fragment de plexus choroïde adjacent est également congestionné avec un épithélioma très bien composé.

Ecorce cérébrale. — On voit les cellules pyramidales avec figures de neuronophagie et migration périphérique des noyaux.

Au niveau du lobule paracentral (à faible grossis.) augmentation de cellules satellites sans inflammation.

Fort grossissement : ces cellules satellites participent à la neuronophagie de cellules de Betz.

Voici la description d'une d'elles : le protoplasma cellulaire dans lequel s'enfoncent trois cellules satellites présentent des grains chromophiles de Wissl ; le noyau est en partie disparu. Il y a donc nucléose sans migration périphérique du noyau. Le type pyramidal présente les mêmes figures avec augmentation de cellules satellites.

CONCLUSIONS

I. — Nous avons présenté un cas qui, par tous ses caractères, ressort aux encéphalites psychosiques azotémiques de Marchand et Courtois.

II. — Il réalise en effet l'ensemble :

- du caractère toxique des lésions cérébrales.
- de l'importance des troubles mentaux dominant le tableau clinique.
- du taux de l'urée sanguine.

III. — Ce cas, comme il est presque toujours de règle, pour les malades dont l'état général infectieux est très grave, s'est terminé par la mort.

IV. — Les constatations d'autopsie ont confirmé les conclusions cliniques.

Vu : le Président de la thèse
M. LAIGNEL-LAVASTINE

Vu : le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Gilbert GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- MARCHAND (L.), COURTOIS (A.). — Les encéphalites psychosiques.
- LARRIVE (E.), CHAILLET (J.). — Encéphalites psychosiques aiguës azotémiques (*Journ. de Méd. de Lyon*, 13, 429-432, 5 juil. 1932).
- FOULOUSE (E.), MARCHAND (Z.), COURTOIS (A.). — L'encéphalite psychosique aiguë azotémique (*La Presse méd.*, 12 avril 1930, n° 30).
- LÉPINE, LARRIVE, CHAILLET. — Encéphalites psychosiques azotémiques (*Lyon méd.*, 149, 73-78).
- CULLIERE (Mlle), LYNOT (P.), VÉRAIN (M.). — L'encéphalite (17 janvier 1932), psychosique aiguë azotémique (*Rev. méd. de l'Est*, 17, 597-611, 1^{er} sept. 1935).
- ENZIÈRE, VIALLEFONT, VIDAL et RAVOIRE. — Deux cas d'encéphalite psychosique aiguë azotémique avec guérison rapide (Soc. de Sc. méd. et Biol. de Montpellier et du Languedoc inédit, séance du 2 mars 1932).
- HYVERT, FRAN-MINH, PHNONG, COHN. — Contribution à l'étude du traitement de l'encéphalite psychosique azotémique (Soc. médico-psychol., 19 déc. 1933; *Annales médico-psychol.*, n° 5, déc. 1933).
- COHN. — Contribution à l'étude du traitement de l'encéphalite psychosique aiguë azotémique (Thèse Lille, 1934-1935).
-

